

## Accueil de l'enfant épileptique à l'école

Nathalie Villeneuve\*, \*\*, Virginie Laquittan\*, Brigitte Chabrol\*\*

**L'**épilepsie est la maladie neurologique la plus fréquente après la migraine et touche 500 000 personnes en France, dont 40 000 enfants épileptiques traités âgés de 3 à 16 ans. On dénombre chaque année 4 000 nouveaux cas d'épilepsie parmi les enfants de moins de 10 ans, dont 1 000 épilepsies rebelles. Parmi ces enfants, plus de 2 000 seront en échec scolaire. C'est la 3<sup>e</sup> cause d'intervention du médecin scolaire (avec le diabète).<sup>1-8</sup>

### L'ÉPILEPSIE ET SES CONSÉQUENCES

L'épilepsie ne se limite pas aux seules crises. Elle peut être associée à des troubles cognitifs, des difficultés affectives et des troubles de la personnalité. Les troubles cognitifs sont souvent très spécifiques : ils peuvent correspondre à des atteintes sélectives sur le plan cognitif (langage, mémoire, capacités visuoperceptives, etc.) et sur le plan comportemental (lenteur, fatigabilité, troubles de l'attention...). Les crises, leur fréquence, le traitement médical et les troubles associés engendrent des difficultés d'apprentissage et aboutissent parfois à un échec scolaire. Cela est responsable de difficultés d'accès aux structures de l'Éducation nationale, à une prise en charge rééducative lourde et à une souffrance scolaire dont l'origine est multifactorielle. Ces troubles associés sont responsables à long terme de difficultés d'intégration sociale et professionnelle. En effet, les personnes épileptiques ont une sous-qualification fréquente (71,7% chez les ouvriers ou employés contre 55% dans la population générale) et le chômage est plus fréquent que dans la population générale.

### CAUSES DES DIFFICULTÉS SCOLAIRES

Quatre études ont abordé en France le problème des difficultés d'apprentissage académique chez les enfants épileptiques scolarisés dans l'Éducation nationale. Les difficultés d'apprentissage sont rapportées chez 60 à 73% des enfants, quel que soit le type d'épilepsie, même dans les épilepsies réputées bénignes. Le taux de redoublement est massif (50 à 63% des enfants). Parmi les troubles associés, les troubles de l'attention, la lenteur et la fatigabilité sont rapportés chez 53 à 72% des enfants. Les rééducations extrascolaires (orthophonie, psychomotricité, suivi psychologique) concernent 40 à 46% des enfants. Le type d'épilepsie, son âge de début, la fréquence des crises (pouvant entraîner un absentéisme scolaire) et les traitements médicamenteux contribuent aux difficultés d'apprentissage. Mais c'est surtout la présence de déficits cognitifs spécifiques qui dépendent de la localisation de la zone épileptogène et du mode de propagation de la décharge critique qui entraînent les difficultés d'apprentissage. L'impact de ces déficits est visible dans les différents domaines d'apprentissage (langage oral, écrit, raisonnement, calcul, géométrie, mémorisation...). Ainsi les bilans neuropsychologiques objectivent une hétérogénéité des performances, y compris chez les enfants ayant des compétences intellectuelles normales ou sub-normales. Les déficits cognitifs fréquemment observés sont des troubles de la mémoire immédiate, des difficultés de planification, une réduction de la fluence verbale. Il est indispensable d'interroger directement l'enfant sur ses résultats scolaires, ses relations avec les autres enfants, les conséquences des crises à l'école. Les difficultés d'apprentissage sont alors éclairées et analysées en fonction des résultats des subtests du bilan neuropsychologique pour définir au mieux les rééducations à propo-

ser. Cependant, l'association de plusieurs déficits cognitifs spécifiques rend complexes les rééducations. Le risque de retard scolaire accumulé au fil des années et des passages successifs en classe supérieure n'est pas négligeable. Il faut savoir reconnaître les signaux d'alerte : perte de motivation, conflits scolaires, changement d'école, mais aussi aggravation paradoxale de l'épilepsie.

Pour prévenir les difficultés, il est important d'expliquer la maladie à l'enfant et à ses parents et de préparer l'avenir scolaire : informer le médecin scolaire, faire des bilans neuropsychologiques et psychologiques, mettre en place un suivi rééducatif et psychologique (centre médico-psychologique [CMP], centre d'action médicosociale précoce [CAMSP]). En classe, certaines adaptations pédagogiques simples peuvent être proposées : tiers-temps supplémentaire (à tous les contrôles), s'assurer de la compréhension des consignes orales ou écrites et, en fonction des déficits, faire des copies des cours, interroger par QCM (questions à choix multiples)...

### PROJET PERSONNALISÉ DE SCOLARISATION

Le «projet personnalisé de scolarisation» (PPS) s'établit en lien avec l'équipe éducative, les parents, un référent de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et les équipes de soins. Il est réalisé à la demande des parents. Le projet décrit les crises, le risque de survenue, la conduite à tenir (qui prévenir ? que faire ? en sachant écrire : «Ne rien faire en cas d'absences» p.ex.), les troubles associés, les adaptations pédagogiques à mettre en place, le suivi thérapeutique. Cependant, le projet personnalisé de scolarisation a ses limites : en cas d'épilepsie très active (la grande fréquence des crises entraîne inévitablement une déscolarisation), et en cas de troubles cognitifs très spécifiques et multiples qui entravent alors la possibilité de réussir dans un cursus ordinaire et rendent

\* Hôpital Henri-Gastaut, 13009 Marseille

\*\* Service de neurologie pédiatrique

Hôpital d'Enfants, CHU Timone

13005 Marseille Cedex

Courriel : [brigitte.chabrol@mail.ap-hm.fr](mailto:brigitte.chabrol@mail.ap-hm.fr)

le vécu scolaire très douloureux. En effet, il peut exister des limites à cette intégration scolaire. Le pédiatre doit veiller à ce que l'enfant ne paie pas son adaptation scolaire à un prix méconnu, par des efforts incessants, par un sentiment de ne jamais en faire assez, de devoir en faire toujours plus. Ce sentiment risque de le conduire à une profonde dévalorisation, voire à une authentique dépression, source de phobie scolaire. Il faut évaluer la souffrance éventuelle de l'enfant et la faire admettre aux parents dans l'intérêt de l'enfant, ce qui peut dans un premier temps être vécu comme une source de conflit avec ceux-ci. L'orientation vers un établissement scolaire spécialisé pour enfants épileptiques est alors à envisager afin d'offrir une scolarité adaptée, ambi-

tieuse et réussie et ne doit pas être ressentie comme un échec mais comme un passage pour atteindre d'autres objectifs, mais dont la finalité est toujours la même : donner à l'enfant l'autonomie et l'intégration sociale les meilleures possibles.

Pour ce qui est des activités scolaires, il n'y a aucune interdiction a priori pour les enfants épileptiques. Tout dépend du type d'épilepsie, du contrôle des crises par le traitement et des activités proposées. À côté du projet personnalisé de scolarisation, l'enfant épileptique doit pouvoir participer à des activités de loisirs (centres de loisirs, centres aérés et colonies de vacances).

*Les auteurs n'ont pas transmis  
de déclaration de conflit d'intérêts.*

1. **Chabrol B, Haddad J.** Handicaps de l'enfant. Paris : Coll. Progrès en pédiatrie Doin, 2006.
2. **de Grissac-Moriez N.** Le centre de Toul Ar C'Hoat : pour qui ? pour quand ? L'enfant épileptique à l'école. *Epilepsies* 2004;16:201-4.
3. **Vespignani H, Beaussart J, Ducrocq X, Maillard L.** Éducation thérapeutique. *Rev Neurol (Paris)* 2004;160:5S328-37.
4. **Villeneuve N.** Quelle organisation pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients atteints d'épilepsie partielle pharmaco-résistante ? *Rev Neurol (Paris)* 2004;160:5S345-53.
5. **Sallou C.** Droit à la scolarité du jeune épileptique. *Epilepsies* 2002;14:13-6.
6. **Gueguen B, Gonnaud PM.** Épilepsie-droit-travail. *Epilepsies* 2002;14:17-21.
7. [www.handicap.gouv.fr](http://www.handicap.gouv.fr).
8. **Villeneuve N, Livet MO.** Épilepsies et handicaps 2007. In : *Traité de neurologie. Épilepsie*. Paris : Doin 2007:415-8.

## Accueil de l'enfant asthmatique ou allergique à l'école

Chantal Karila \*

Un enfant sur 10 est asthmatique, 3 à 6 % ont des allergies alimentaires.<sup>1, 2</sup> L'asthme est la première cause d'absentéisme scolaire. Ces chiffres obligent à penser l'intégration de ces enfants à l'école. Accueillir un enfant asthmatique ou allergique à l'école, c'est informer et expliquer ; la mise en place d'un « projet d'accueil individualisé » est un des outils permettant cette communication entre les médecins, les familles et les enseignants, dans le but de permettre à l'enfant de participer à l'ensemble des activités proposées par l'école, en toute sécurité.

### ACCUEIL DE L'ENFANT ASTHMATIQUE

Tous les enfants asthmatiques ne nécessitent pas l'élaboration d'un projet d'accueil individualisé. Deux indications sont possibles :

- un asthme instable, avec survenue de crises nécessitant le recours fréquent aux médicaments ou aux structures de soins d'urgence ; il faut porter une attention particulière aux asthmatiques ayant des allergies alimentaires ou des allergies polliniques multiples ;
- un asthme d'effort ; un projet peut être rédigé pour permettre la prise de bronchodilatateurs de courte durée d'action avant la pratique sportive.

#### La crise d'asthme

Il est important que les enseignants puissent la repérer, en évaluer sa sévérité et la traiter (v. encadré 1).

#### Le risque allergénique

L'inhalation d'allergènes (blattes, acariens, animaux) présents dans la poussière de la salle de classe ou sur les vêtements des élèves peut être responsable d'une crise d'asthme.<sup>3</sup> Au printemps, les pollens sont fréquemment en cause, après des jeux ou un cours d'éducation

physique et sportive (EPS) en extérieur ; un antihistaminique quotidien peut être prescrit pendant cette période à titre préventif.

#### La pratique sportive

Nombreux sont les enfants asthmatiques gênés (ou entravés) dans leur pratique sportive,<sup>4</sup> notamment au cours d'efforts prolongés comme lors de courses de longue durée ou d'endurance. Ces enfants peuvent avoir, soit un bronchospasme induit par l'exercice, soit une dyspnée d'effort (essoufflement anormal), témoin d'un débit ventilatoire trop élevé pour l'intensité d'exercice requis, souvent en rapport avec un manque d'activité physique. Habituellement, le bronchospasme survient après l'arrêt d'un effort intense, tandis que la dyspnée de l'enfant déconditionné survient plutôt pendant l'effort et cède dès son arrêt. Cependant, chez un asthmatique connu, toute gêne à l'effort non résolutive avec l'arrêt de l'exercice peut bénéficier sans risque d'une prise de bronchodilatateur.

\* Service de pneumologie  
et allergologie pédiatriques  
hôpital Necker-Enfants malades  
75743 Paris Cedex 15  
Courriel : [chantal.karila@nck.aphp.fr](mailto:chantal.karila@nck.aphp.fr)